

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Под редакцией проф. А. Н. Шишкина

Санкт-Петербург
2014

ББК 53.9
Ф18

А в т о р ы: В. А. Воловникова, Т. Г. Кулибаба, д-р мед. наук проф. С. О. Мазуренко, канд. мед. наук асс. И. Ю. Пчелин, канд. мед. наук доц. Л. А. Слепых, М. А. Шевелёва, д-р мед. наук проф. А. Н. Шишкин

Рецензенты: д-р мед. наук проф. В. И. Трофимов (Первый Санкт-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова); д-р мед. наук проф. Б. В. Андреев (С.-Петерб. гос. ун-т)

*Печатается по решению
Редакционно-издательского совета
медицинского факультета
С.-Петербургского государственного университета*

Факультетская терапия: учебное пособие / Воловникова В. А., Кулибаба Т. Г.,
Ф18 Мазуренко С. О. и др.; под ред. проф. А. Н. Шишкина. — СПб.: Изд-во С.-Петерб.
ун-та. 2014. — 232 с.
ISBN 978-5-288-05600-0

Учебное пособие содержит систематическое изложение курса факультетской терапии и знакомит студентов с особенностями течения основных внутренних заболеваний. Материалы тематических разделов позволяют студентам самостоятельно контролировать их усвоение. Приложение — клинические ситуационные задачи — придает изложенному материалу прикладной характер. При работе над книгой авторы использовали твердо установленные данные, не касаясь вопросов дискуссионного порядка.

Книга предназначена студентам IV курса вузов медицинского профиля, обучающимся в соответствии с образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело».

ББК 53.5

У ч е б н о е и з д а н и е

Факультетская терапия

Учебное пособие

Редактор Т. Н. Пескова
Компьютерная верстка Е. М. Воронковой

Подписано в печать 30.12.14. Формат 70×100 ¹/₁₆. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 18,85. Тираж 200 экз. Заказ 217
Издательство Санкт-Петербургского университета.
199004, С.-Петербург, В.О., 6-я линия, 11/21. Тел./факс (812)328-44-22
E-mail: info@unipress.ru www.unipress.ru

Типография Издательства СПбГУ. 199061, С.-Петербург, Средний пр., 41.

ISBN 978-5-288-05600-0

© В. А. Воловникова, Т. Г. Кулибаба,
С. О. Мазуренко, И. Ю. Пчелин,
Л. А. Слепых, М. А. Шевелёва,
А. Н. Шишкин, 2014
© С.-Петербургский государственный
университет, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Список сокращений	6
Тема 1. Артериальная гипертензия (Гипертоническая болезнь). Симптоматические артериальные гипертонии.....	8
Тема 2. Острая ревматическая лихорадка (Ревматизм).....	15
Тема 3. Митральные пороки сердца	19
Тема 4. Инфекционный эндокардит	25
Тема 5. Аортальные пороки сердца	31
Тема 6. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.....	38
Тема 7. Острый инфаркт миокарда.....	44
Тема 8. Электрокардиография. Методика проведения и анализ нормальной электрокардиограммы	48
Тема 9. ЭКГ-диагностика гипертрофий различных отделов сердца	61
Тема 10. ЭКГ-диагностика при ишемической болезни сердца.....	67
Тема 11. ЭКГ-диагностика нарушений сердечного ритма.....	74
Тема 12. ЭКГ-диагностика нарушений проводимости сердца	87
Тема 13. Сердечная недостаточность	101
Тема 14. Пневмония.....	105
Тема 15. Бронхит.....	109
Тема 16. Бронхиальная астма	117
Тема 17. Хронический гастрит.....	122
Тема 18. Язвенная болезнь	129
Тема 19. Хронические заболевания жёлчевыводящих путей.....	133
Тема 20. Хронические гепатиты.....	141
Тема 21. Хронический панкреатит.....	147
Тема 22. Заболевания тонкой кишки. Целиакия (глютеновая болезнь).....	151
Тема 23. Воспалительные заболевания кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона.....	155
Тема 24. Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность.....	165
Тема 25. Гломерулонефриты	169
Тема 26. Пиелонефрит	174
Тема 27. Острая почечная недостаточность. Острое повреждение почки.....	179
Тема 28. Анемии.....	185
Тема 29. Лейкозы	196
Тема 30. Системная красная волчанка. Ревматоидный артрит.....	204
Тема 31. Системные васкулиты.....	212
Приложение. Клинические ситуационные задачи	220

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее издание представляет собой методическое руководство и предназначено для студентов, изучающих факультетскую терапию, где важнейший элемент обучения, впрочем, как и на других клинических кафедрах, — приобретение различных теоретических знаний и практических навыков, необходимых для будущей врачебной деятельности. Особенность обучения факультетской терапии состоит в том, что, по существу, здесь происходит первое знакомство со многими сторонами работы врача терапевтического профиля. Поэтому основная задача кафедры факультетской терапии заключается в формировании у студента особого вида деятельности, называемого клиническим мышлением, конечные цели которого — это постановка диагноза, назначение адекватного лечения и определение прогноза. Конкретная деятельность (клиническое мышление), в свою очередь, складывается из ряда практических умений — сбора сведений о больном человеке, информации, получаемой различными лабораторно-инструментальными методами исследования (все перечисленные умения вербальные, сенсорные, мануальные, умственные), после чего осуществляется главный процесс в диагностике — сравнение полученных данных о больном с «образцами» болезней, которые студент должен знать по учебной литературе. В медицинском вузе этот процесс осуществляется во время самостоятельного наблюдения (курации) больного и последующего разбора на практическом занятии — основной форме обучения на клинической кафедре. Таким образом, работа студента на IV курсе ориентирована на практическую деятельность, вне зависимости от того, в какой области клинической медицины будет работать будущий врач. Именно поэтому ведущей формой обучения, кроме прослушивания курса лекций и работы с учебниками, выступает наблюдение студентами под руководством преподавателя больных с важнейшими, но далеко не всеми терапевтическими заболеваниями с последующим обсуждением на практических занятиях. Одновременно с этим приобретаются навыки в оформлении основной медицинской документации, а именно врачебной истории болезни.

Указанные особенности в определенной мере отражены и в предлагаемом пособии. Это касается важнейших сведений о ряде заболеваний внутренних органов, диагностических признаках, объеме необходимых дополнительных методов обследования, основных принципах лечения.

Знакомство с различными аспектами этиологии, патогенеза, клиники и подходов к лечению основных заболеваний внутренних органов происходит непосредственно при ведении больного, страдающего соответствующим заболеванием. Для каждого заболевания в книге приведены примеры формулирования диагноза и типовые ситуационные задачи. Последние могут быть использованы не только для отработки пока еще элементарных навыков в диагностике и дифференциальной диагностике у студентов IV курса, но и в качестве иллюстрации типичной клинической картины того или иного заболевания. Приведены доступные для студента, начинающего изучать терапию, классификации различных терапевтических заболеваний. Перечень важнейших лекарственных средств дан лишь применительно к отдельным заболеваниям, поскольку такая информация должна носить оперативный характер и ее целесообразно ежегодно обновлять из-за появления на фармацевтическом рынке все новых и новых лекарств. Это же касается и списка необходимой литературы, который также должен постоянно обновляться.

Методическое руководство подготовлено сотрудниками кафедры факультетской терапии медицинского факультета С.-Петербургского государственного университета, имеющими большой опыт преподавания этой дисциплины.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

AB(AV)	— атриовентрикулярный
АГ	— антиген
АД	— артериальное давление
АДГ	— антидиуретический гормон
АЛТ	— аланиламинотрансфераза
АН	— аортальная недостаточность
АПФ	— ангиотензин-превращающий фермент
АС	— аортальный стеноз
АСТ	— аспаратаминотрансфераза
АТ	— антитело, антитела
АТФ	— аденозинтрифосфорная кислота, аденозинтрифосфаты
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ГГТП	— гаммаглутамилтранспептидаза
ГКС	— глюкокортикостероиды
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДЗСТ	— диффузные заболевания соединительной ткани
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖДА	— железодефицитная анемия
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ИАПФ	— ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИЛ	— интерлейкин
ИМ	— инфаркт миокарда
ИПП	— ингибиторы протонной помпы
ИФА	— иммуноферментный анализ
КТ	— компьютерная томография
КФК	— креатинфосфокиназа
ЛВП	— липопротеины высокой плотности
ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
ЛЖ	— левый желудочек
ЛНП	— липопротеины низкой плотности
ЛОНП	— липопротеины очень низкой плотности
ЛП	— левое предсердие
ЛФК	— лечебная физкультура
МК	— митральный клапан
МКБ	— международная классификация болезней
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НПВП	— нестероидный противовоспалительный препарат
ОЖСС	— общая железосвязывающая способность сыворотки

ОКС	— острый коронарный синдром
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОРВИ	— острая респираторно-вирусная инфекция
ОЦК	— объем циркулирующей крови
ПВ	— протромбиновое время
ПСВ	— пиковая скорость выдоха
ПТИ	— протромбиновый индекс
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
ПЭТ	— позитронная эмиссионная томография
РФ	— ревматоидный фактор
СКВ	— системная красная волчанка
СКФ	— скорость клубочковой фильтрации
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ССГЭ	— среднее содержание Нb в эритроците
ССС	— сердечно-сосудистая система
СЭО	— средний эритроцитарный объем
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФО	— ультрафиолетовое облучение
ФВД	— функции внешнего дыхания
ФК	— функциональный класс
ФН	— функциональная недостаточность
ФТЛ	— физиотерапевтическое лечение
ФЭГДС	— фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХОБЛ	— хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН	— хроническая почечная недостаточность
ЦВД	— центральное венозное давление
ЦНС	— центральная нервная система
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЧТВ	— частичное тромбопластиновое время
ЩФ	— щелочная фосфатаза
ЭДС	— электродвижущая сила
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЭКС	— электрокардиостимуляция
ЭОС	— электрическая ось сердца
ЭЭГ	— электроэнцефалография

Тема 1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ГИПЕРТЕНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ). СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цель практического занятия — изучить клинические, лабораторные и инструментальные критерии диагностики, принципы лечения гипертонической болезни при ее типичном течении.

Согласно рекомендациям ВОЗ, нормальным считается артериальное давление, не превышающее 140/90 мм рт. ст. Систолический показатель АД выше 140–160 мм рт. ст. и диастолический — выше 90–95 мм рт. ст., зафиксированные в состоянии покоя при двукратном измерении на протяжении двух врачебных осмотров, считаются признаками гипертонии.

Различают первичную (эссенциальную) артериальную гипертензию (или гипертоническую болезнь) и вторичную (симптоматическую) артериальную гипертензию.

Эссенциальная, или первичная артериальная гипертония развивается как самостоятельное хроническое заболевание и составляет до 90% случаев артериальных гипертензий.

Симптоматические, или вторичные гипертонии составляют от 5 до 10% случаев артериальной гипертензии и являются одним из проявлений основного заболевания: болезней почек (гломерулонефрита, пиелонефрита, туберкулеза, гидронефроза, опухолей, стеноза почечной артерии), щитовидной железы (тиреотоксикоза), надпочечников (феохромоцитомы, синдрома Иценко–Кушинга, первичного гиперальдостеронизма), коарктации или атеросклероза аорты и др.

Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь)

Гипертоническая болезнь — патология сердечно-сосудистого аппарата, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к артериальной гипертензии, функциональным и органическим изменениям сердца, центральной нервной системы и почек.

Эпидемиология. Гипертоническая болезнь — наиболее часто встречающееся

сердечно-сосудистое заболевание. Распространенность гипертонической болезни среди женщин и мужчин приблизительно одинакова — 20–30%, чаще заболевание развивается в возрасте старше 40 лет. Гипертоническая болезнь приводит к более быстрому развитию и тяжелому течению атеросклероза, а также возникновению опасных для жизни осложнений (инфаркта миокарда, инсульта). Наряду с атеросклерозом гипертония — одна из самых частых причин преждевременной смертности молодого трудоспособного населения.

Факторы риска. К возникновению гипертонической болезни приводит часто повторяющееся нервное перенапряжение, а также излишнее напряжение, связанное с интеллектуальной деятельностью, работой по ночам, влиянием вибрации и шума.

Повышенное употребление соли, вызывающее спазм артерий и задержку жидкости — одна из причин развития гипертонии. Потребление в сутки > 5 г соли существенно повышает риск развития заболевания, особенно при наличии наследственной предрасположенности.

Наследственность, отягощенная по гипертонической болезни, играет существенную роль в ее развитии у ближайших родственников. Вероятность развития гипертонической болезни существенно возрастает при наличии гипертонии у двух и более близких родственников (родителей, сестер, братьев).

Заболевания надпочечников, щитовидной железы, почек, сахарный диабет, ожирение — еще один фактор риска.

У женщин риск развития гипертонической болезни возрастает в климактерическом периоде в связи с гормональным дисбалансом и обострением эмоциональных и нервных реакций. 60% женщин заболевает гипертонической болезнью именно в этот период.

Возрастной фактор определяет повышенный риск развития гипертонической болезни у мужчин: в возрасте 20–30 лет гипертония развивается у 9,4% мужчин, после 40 лет — у 35%, а старше 60–65 лет — уже у 50%.

Алкоголизм и курение, нерациональный режим питания, гиподинамия, неблагоприятная экология — чрезвычайные факторы, приводящие к развитию гипертонической болезни.

Патогенез. В основе патогенеза гипертонической болезни лежит увеличение объема минутного сердечного выброса и сопротивления периферического сосудистого русла.

В ответ на воздействие стрессового фактора нарушается регуляция высшими центрами головного мозга (гипоталамусом и продолговатым мозгом) тонуса периферических сосудов. Спазм артериол на периферии, в том числе почечных, вызывает формирование дискинетического и дисциркуляторного синдромов.

Увеличивается секреция нейрогормонов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Альдостерон, участвующий в минеральном обмене, вызывает задержку воды и натрия в сосудистом русле, что еще более увеличивает объем циркулирующей в сосудах крови и повышает АД.

Увеличивается вязкость крови, что вызывает снижение скорости кровотока и обменных процессов в тканях.

Инертные стенки сосудов утолщаются, их просвет сужается, что фиксирует высокий уровень общего периферического сопротивления сосудов и делает артериальную гипертензию необратимой.

В результате повышения проницаемости и плазматического пропитывания сосудистых стенок происходит развитие эластофиброза и артериолосклероза, что в конечном счете ведет к вторичным изменениям в тканях органов (склерозу миокарда, гипертонической энцефалопатии, первичному нефроангиосклерозу).

Степень поражения различных органов при гипертонической болезни может быть неодинаковой. В связи с этим выделяют несколько клинико-анатомических вариантов гипертонии с преимущественным поражением сосудов почек, сердца и мозга.

Клинические синдромы. Артериальная гипертензия; признаки поражения органов-мишеней:

- кардиальный — неспецифические кардиалгии; гипертрофия левого желудочка; нарушения ритма сердца; хроническая сердечная недостаточность;
- церебральный — головные боли; мелькание «мушек», «сетка» перед глазами; головокружение; шум в ушах; тошнота, изредка рвота (при резком подъеме АД); гипертензивная ретинопатия; деменция;
- почечный — микроальбуминурия (альбумин 30–300 мг/сут); протеинурия (белок в моче ≥ 500 мг/сут); изменения мочевого осадка (в осадке единичные эритроциты); повышение уровня креатинина крови, снижение скорости клубочковой фильтрации (< 80 мл/мин).

Диагностика. Обследование пациентов с подозрением на гипертоническую болезнь преследует следующие цели:

- подтвердить стабильное повышение АД;
- исключить вторичную артериальную гипертензию;
- выявить наличие и степень повреждения органов-мишеней;
- оценить стадию артериальной гипертонии и степень риска развития осложнений.

При сборе анамнеза особое внимание следует обращать на подверженность пациента воздействию факторов риска гипертонии, повышенный уровень АД, наличие гипертонических кризов и сопутствующих заболеваний.

Информативным для определения наличия и степени гипертонической болезни является регулярное измерение АД. Для получения достоверных показателей уровня артериального давления необходимо соблюдать правила его измерения.

Обязательное обследование больного с артериальной гипертензией — обследование предполагает:

- биохимический анализ крови (глюкоза, холестерин, мочевая кислота, креатинин, калий, липидный спектр);
- клиренс креатинина (скорость клубочковой фильтрации);
- общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит);
- общий анализ мочи (альбумины);
- электрокардиограмму.

Дополнительное обследование включает:

- эхокардиографию;
- ЗДГ сонных артерий;
- количественное определение протеинурии;
- фундоскопию (осмотр глазного дна);
- тест на толерантность к глюкозе (при уровне глюкозы в плазме натощак $>5,6$ ммоль/л);
- домашнее, суточное мониторирование АД;
- измерение скорости пульсовой волны.

Дифференциальная диагностика проводится путем исключения вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий.

Симптоматическая артериальная гипертензия

Симптоматическая артериальная гипертензия — вторичное или гипертензивное состояние, развивающееся вследствие патологии органов, осуществляющих регуляцию артериального давления. В отличие от самостоятельной эссенциальной (первичной) гипертензии вторичные артериальные гипертензии служат симптомами вызвавших их заболеваний.

Течению симптоматических артериальных гипертензий свойственны признаки, позволяющие дифференцировать их от гипертонической болезни:

- возраст пациентов (до 20 лет и старше 60 лет);
- внезапное развитие артериальной гипертензии со стойко высоким АД;
- злокачественное, быстро прогрессирующее течение;
- развитие симпатоадреналовых кризов;
- наличие в анамнезе этиологических заболеваний;
- слабый отклик на стандартную терапию;
- повышенное диастолическое давление при почечных артериальных гипертензиях.

Синдром артериальной гипертензии сопровождает течение свыше 50 болезней. Среди общего числа гипертензивных состояний доля симптоматических артериальных гипертензий составляет около 10%. По первичному этиологическому звену симптоматические артериальные гипертензии делятся на:

- нейрогенные (обусловленные заболеваниями и поражениями ЦНС): *центральные* (травмы, опухоли мозга, менингит, энцефалит, инсульт и др.) и *периферические* (полиневропатии);
- нефрогенные (почечные): *интерстициальные* и *паренхиматозные* (пиелонефрит хронический, гломерулонефрит, амилоидоз, нефросклероз, гидронефроз, системная красная волчанка, поликистоз); *реноваскулярные* (атеросклероз, дисплазии сосудов почек, васкулиты, тромбозы, аневризмы почечной артерии, опухоли, сдавливающие почечные сосуды); *смешанные* (нефроптоз, врожденные аномалии почек и сосудов); *ренопринные* (состояние после удаления почки);
- эндокринные: *надпочечниковые* (феохромоцитома, синдром Конна, гиперплазия коры надпочечников); *тиреоидные* (гипотиреоз, тиреотоксикоз) и *пара-*

тиреоидные; гипопизарные (акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга); климактерическая;

– гемодинамические — обусловлены поражением магистральных сосудов и сердца: *аортосклероз; стеноз вертебробазилярных и сонных артерий; коарктация аорты; недостаточность аортальных клапанов;*

– лекарственные — при приеме минерало- и глюкокортикоидов, прогестерон- и эстрогенсодержащих контрацептивов, левотироксина, солей тяжелых металлов, индометацина, лакричного порошка и др.

Классификация. Осуществляется по ряду признаков: по уровню АД, причинам подъема АД, поражению органов мишеней, по течению и т. д.

Наибольшее практическое значение представляет уровень и стабильность АД: оптимальное — < 120/80 мм рт. ст.; нормальное — 120–129 / 84 мм рт. ст.; погранично нормальное — 130–139/85–89 мм рт. ст.

По уровню систолического показателя различают артериальную гипертензию:

- I степени — 140–159/90–99 мм рт. ст.;
- II степени — 160–179/100–109 мм рт. ст.;
- III степени — более 180/110 мм рт. ст.

По уровню диастолического показателя выделяют артериальную гипертензию:

- легкого течения — < 100 мм рт. ст.;
- умеренного течения — от 100 до 115 мм рт. ст.;
- тяжелого течения — > 115 мм рт. ст.

По характеру течения гипертоническая болезнь может иметь доброкачественное (медленно прогрессирующее) или злокачественное (быстро прогрессирующее) течение. Доброкачественная, медленно прогрессирующая гипертоническая болезнь в зависимости от поражения органов-мишеней и развития ассоциированных (сопутствующих) состояний проходит три стадии:

– стадию I — отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней;

– стадию II — наличие по крайней мере одного из признаков субклинического поражения органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ); микроальбуминурии или протеинурии (30–300 мг/24 ч) и/или уровень креатинина 1,3–1,5 мг/дл (м), 1,2–1,4 (ж); снижения клиренса креатинина (< 60 мл/мин); ультразвуковых признаков атеросклеротической бляшки в сонной артерии, утолщения интимы/медии > 0,9 мм; скорости пульсовой волны > 12 м/с (сонная — бедренная артерия); гипертоническая ангиопатия.

– стадию III — наличие клинических проявлений поражения органов-мишеней: головного мозга (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака); сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность); почек (креатинин > 2 мг/дл, хроническая почечная недостаточность); периферических сосудов (расслаивающаяся аневризма аорты, клинически выраженное поражение периферических артерий); сетчатки глаза (геморрагии или экссудаты, отек соска зрительного нерва).

Течение гипертонической болезни нередко осложняется гипертоническими кризами — быстрым резким повышением АД.

Гипертонические кризы подразделяются на:

- неосложненный (острого поражения органов-мишеней не происходит);
- осложненный (мозговой инсульт, ТИА, ОКС, острая ЛЖ-недостаточность, нарушение зрения).

Диагноз (примерная формулировка). *Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени повышения АД, очень высокого риска. Осл.: гипертонический криз от 12.09.2014. СН II ФК.*

Программа лечения. При лечении гипертонической болезни важна не только нормализация АД, но также коррекция и максимально возможное снижение риска осложнений. Полностью излечить гипертоническую болезнь невозможно, но вполне реально остановить ее развитие и уменьшить частоту возникновения кризов. Гипертоническая болезнь требует объединения усилий пациента и врача для достижения общей цели.

При любой стадии гипертонии пациенту необходимо:

- соблюдать диету с повышенным потреблением калия и магния, ограничением потребления поваренной соли;
- прекратить или резко ограничить прием алкоголя и курение;
- избавиться от лишнего веса;
- повысить физическую активность: полезно заниматься плаванием, лечебной физкультурой, совершать пешеходные прогулки;
- систематически и длительно (пожизненно) принимать назначенные препараты под контролем АД и регулярным наблюдением кардиолога;
- поддерживать нормальное давление, а не снижать повышенное.

Подбор медикаментозной терапии осуществляют строго индивидуально с учетом всего спектра факторов риска, уровня АД, наличия сопутствующих заболеваний и поражения органов-мишеней.

Гипотензивные препараты — препараты первого выбора: диуретики (тиазидовые, индапамид); ингибиторы АПФ (эналаприл, рамиприл, лизиноприл, периндоприл); блокаторы АТ1-рецепторов (лозартан, валсартан, телмисартан); антагонисты кальция (нифедипин, дилтиазем); бета-блокаторы (метопролол, бисопролол, карведилол, небиволол).

Резервные препараты: альфа-блокаторы; агонисты имидазолиновых рецепторов; ингибиторы ренина.

Целевое артериальное давление: 130–140/70–85 мм рт. ст.; не рекомендуется снижать до уровня 110/70 мм рт. ст. и ниже; в возрасте старше 75 лет симптоматическое артериальное давление должно быть не ниже 150 мм.

Прогноз. При гипертонической болезни крайне высок риск возникновения инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и преждевременной смерти.

Отдаленные последствия гипертонической болезни определяются стадией и характером (доброкачественным или злокачественным) течения заболевания.

Тяжелое течение, быстрое прогрессирование гипертонической болезни, III стадия гипертонии с тяжелым поражением сосудов существенно увеличивают частоту сосудистых осложнений и ухудшают прогноз.

Неблагоприятно протекает гипертония у людей, заболевших в молодом возрасте.

Профилактика. Для первичной профилактики гипертонической болезни необходимо исключение имеющихся факторов риска. Важно раннее выявление гипертонической болезни путем контроля и самоконтроля АД, диспансерный учет пациентов. Раннее и систематическое проведение терапии позволяет замедлить прогрессирование гипертонической болезни.

Самостоятельная работа под руководством преподавателя

1. Решение клинических ситуационных задач.
2. Подготовка реферативных сообщений на темы: «Диагностика симптоматической рено-васкулярной артериальной гипертонии», «Осложнения артериальной гипертонии», «Гипертонический криз: причины, диагностика, неотложная терапия».

Рекомендованная литература

Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения / под ред. В. С. Моисеева. М., 2001.

Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: учебник: 5-е изд. М., 2005.

Маколкин В. И., Подзолков В. И. Гипертоническая болезнь. М., 2000.

Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии (Российские рекомендации). М., 2012.

Шишкин А. Н. Внутренние болезни. Введение в диагностику: учебник. СПб., 2008.